

## ОНКОЛОГИЯ

А.В. РУСИН, А.В. ИГНАТ, В.И. РУСИН, С.М. ЧОБЕЙ,  
К.Е. РУМЯНЦЕВ, О.Т. ДЕВИНЯК

### РАК ПРЯМОЙ КИШКИ – ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,

Украина

**Цель.** Оценить качество жизни после сфинктеросохраняющих операций (ССО) и экстирпаций прямой кишки (ЭПК).

**Материал и методы.** Качество жизни оценивали с помощью анкеты Американского общества коло-ректальных хирургов (ASCRS) с включенной Кливлендской клинической шкалой инконтиненции. Анкеты рассылали последовательно в сроки – 6 месяцев и 1 год после операции. Учитывались только анкеты пациентов, ответивших на оба запроса: после ССО – 47 анкет, ЭПК – 30.

**Результаты.** В срок 6 месяцев после сфинктеросохраняющих операций преобладали пациенты со значительным или полным недержанием кала – 72,4%. В срок 1 год количество таких пациентов уменьшилось до 29,8%, причем у 48,9% наблюдалось хорошее удержание. Доля таких пациентов увеличилась в 4,6 раза по сравнению со сроком 6 месяцев. В 6 месяцев после ССО преобладали пациенты с тяжелой и крайне тяжелой степенью нарушения качества жизни – 70,3%. В этот же срок после ЭПК преобладали пациенты с легкой и средней степенью нарушения качества жизни – 73,4%. Однако к 1 году после сфинктеросохраняющих операций качество жизни пациентов улучшалось, преобладала доля пациентов с легкой и средней степенью ее нарушения (80,9%).

**Заключение.** Качество континенции после ССО улучшается с увеличением времени после вмешательства: в срок 6 месяцев преобладает значительное и полное недержание кала, однако к 1 году почти 50% пациентов имеют хорошее удержание. После колостомизирующих операций качество жизни улучшается быстрее, чем после сфинктеросохраняющих, однако со временем после ССО количество пациентов с легкой степенью нарушения качества жизни становится достоверно втрое больше. Проведенное исследование доказало преимущества выполнения ССО операций при раке прямой кишки в плане улучшения качества жизни.

**Ключевые слова:** рак прямой кишки, хирургическое лечение, сфинктеросохраняющие операции, экстирпация прямой кишки, континенция, качество жизни

**Objectives.** To estimate the quality of life after sphincter-preserving operations (SPO) and after the extirpation of the rectum (RE).

**Methods.** The quality of life was estimated using the American Society of Colorectal Surgeons questionnaire (ASCRS) with the Cleveland Clinic scale of incontinence included. Questionnaires were sent out consequentially – 6 months and 1 year after the surgery. The questionnaires of patients who responded both to the first and the second request have been taken into consideration: after SPO – 47 questionnaires, after RE – 30.

**Results.** In the period up to 6 months after the SPO the patients with significant or full fecal incontinence dominated (72,4%). Up to 1 year the number of them decreased up to 29,8%, and a good continence was observed in 48,9% of patients after SPO. The proportion of such patients increased up to 4,6 folds, compared to 6 months period. Up to 6 months after the SPO the patients with severe and very severe violations of life quality dominated (70,3%). During the same period after the RE the patients with mild and moderate violations of the quality of life were dominated (73,4%). However, up to the 1<sup>st</sup> year after SPO the quality of life has improved the patients with mild and moderate degree of disturbance has dominated (80,9%).

**Conclusion.** The quality of continence after SPO improves with increasing time after the intervention: up to 6 months a significant and full fecal incontinence prevails, but up to 1 year almost 50% of patients have a good result. After extirpation of the rectum the quality of life improves faster than after sphincter-preserving operations, but over time after SPO the number of patients with mild violations of the quality of life is reliably 3 folds higher. The conducted studies demonstrated the advantage of the SPO in rectal cancer to improve the quality of life.

**Keywords:** colorectal cancer, surgical treatment, sphincter preserving operations, extirpation of the rectum, continence, quality of life

Novosti Khirurgii. 2013 Jul-Aug; Vol 21 (4): 84-89

Rectal cancer – estimation of the quality of life in patients after radical surgery

A.V. Rusyn, A.V. Ignat, V.I. Rusyn, S.M. Chobey, K.Y. Rumyantsev, O.T. Devinyak

#### Введение

До настоящего времени радикальное хирур-

гическое вмешательство остается методом выбора в лечении большинства пациентов с опухолями, локализованными в прямой кишке [1].

При раке прямой кишки (РПК) в нижнеампулярном и анальном отделе радикальной операцией является брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки (ЭПК) по Кеню-Майлсу. Это вмешательство предусматривает удаление запирающего аппарата прямой кишки и формирование постоянной колостомы на передней брюшной стенке без перспектив восстановления естественного пассажа каловых масс. Формирование аналога сфинктера из близлежащих мышечных структур выполняется достаточно редко, а функциональные результаты далеки от желаемых [2, 3]. Сфинктеросохраняющие операции (ССО) применяют в лечении рака прямой кишки при расположении опухоли от 1,5 до 5 см и выше от переходной складки анального канала. При этом частота локальных рецидивов и выживаемость пациентов такие же, как и после брюшно-промежностной экстирпации [1, 3, 4]. Поэтому при опухолях, расположенных в средней трети прямой кишки, при отсутствии признаков местного распространения рекомендуют производить низкую переднюю резекцию. Особое значение при выполнении сфинктеросохраняющих вмешательств получило широкое внедрение мезоректумэктомии с сохранением гипогастриальных нервов без повреждения тазовой фасции [5, 6].

Брюшно-анальные резекции прямой кишки с низведением сигмовидной кишки в анальный канал — функционально более привлекательные операции по сравнению с экстирпациями, однако функция удержания каловых масс и газов после них обычно страдает достаточно значительно. При низких передних резекциях такие нарушения встречаются реже.

В то же время формирование низких колоректальных и наданальных анастомозов (длина культи прямой кишки менее 5 см), получивших широкое распространение после внедрения в хирургическую практику «прямого» колоанального анастомоза по А. Parks и современных сшивающих аппаратов, сопряжено с различными нарушениями акта дефекации:

- частое (до 6 раз в сутки и более) опорожнение;
- многомоментное длительное и неполное опорожнение кишечника;
- императивные позывы на дефекацию;
- различной степени выраженности явления анальной инконтиненции.

В мировой литературе этот симптомокомплекс получил название «синдром низкой передней резекции» [7, 8].

Ведущим патогенетическим звеном подоб-

ных функциональных нарушений является частичное или полное удаление ампулы прямой кишки с утратой ее резервуарной функции.

Несмотря на несомненный прогресс в техническом исполнении операций, нерешенным остается вопрос: каким операциям отдать предпочтение в ситуации, когда может быть выбрана как сфинктеросохраняющая, так и колостомирующая операция? Существуют мнения в пользу того, что уход за колостомой на передней брюшной стенке — более легкая процедура, нежели уход за промежностью с сохраненным, но нефункциональным сфинктером, соответственно сфинктеросохраняющая операция, призванная улучшить качество жизни, ухудшает ее [9, 10].

**Цель** исследования — оценить качество континенции и жизни пациентов через 6 месяцев и один год после сфинктеросохраняющих операций (ССО) и экстирпаций прямой кишки (ЭПК).

### Материал и методы

Для оценки качества жизни пациентов после ССО и после ЭПК использовали анкету Американского общества колоректальных хирургов (ASCRS) с включенной в нее Кливлендской клинической шкалой инконтиненции [11, 12].

Анкеты рассылали пациентам, которых лечили в Закарпатском областном клиническом онкологическом диспансере в течение 2005–2010 годов (таблица 1). По классификации TNM опухоли у пациентов были от pTisN0M0 до pT4N2M0.

Все пациенты перед операцией получили курс адъювантного лучевого лечения. Операционные вмешательства выполнены одной хирургической бригадой по стандартизированной технике.

В срок 6 месяцев после операции разослали 120 анкет: 80 анкет — пациентам после ССО, 40 — пациентам, у которых была выполнена ЭПК. Такое количество пациентов позволяло получать достоверные статистические данные.

Получили 89 ответов. У 2 пациентов выявлены отдаленные метастазы в печень, поэтому из исследования их исключили. От пациентов после ССО получили и обработали 53 анкеты, после ЭПК — 34.

В срок 1 год после операции разослали также 120 анкет той же когорте пациентов. Получили 81 ответ. От пациентов после ССО получено и обработано 49 анкет, после ЭПК — 32.

Таблица 1

**Виды и количество операций при раке прямой кишки, выполненных в  
Закарпатском областном клиническом онкологическом диспансере**

Название операции	2004-2007					2008-2012					
	2004	2005	2006	2007	Всего	2008	2009	2010	2011	2012	Всего
Передняя резекция	18	9	10	7	44	10	9	11	12	13	55
Низкая передняя резекция	12	7	9	6	34	5	5	8	7	10	35
Наданальная резекция	13	7	25	10	55	9	19	16	11	7	62
Брюшно-промежностная резекция по Холдину-Петрову	10	12	21	9	52	7	11	12	1	5	36
Брюшно-промежностная экстирпация по Кеню-Майлсу	7	9	8	11	35	8	8	11	23	21	71
Всего	60	44	73	43	220	39	52	58	54	56	259

Для анализа учли только анкеты пациентов, ответивших и на первый и на второй запрос. Таких анкет соответственно было 47 после ССО и 30 после ЭПК. Анкеты рассылали последовательно при наступлении срока 6 месяцев и 1 год после операции отдельно у каждого пациента.

После получения анкеты сначала оценивали континенцию по Кливлендской шкале. Индекс недержания получали добавлением баллов за каждый округленный ответ в таблице. Недержание по этой шкале разделяли на несколько степеней:

- 0 — нет нарушений в удержании кала;
- 1-7 — хорошее удержание кала;
- 8-14 — умеренное недержание кала;
- 15-20 — значительное недержание кала;
- 21 — полное недержание кала.

Качество жизни оценивали добавлением баллов за каждый округленный ответ в анкете ASCRS, затем баллы недержания и баллы качества жизни суммировали. Суммарное качество жизни, выраженное в баллах, оценивали по следующей шкале (таблица 2)

Достоверность различий между сравнива-

емыми показателями оценивали с помощью  $\chi^2$  - критерия Пирсона.

### Результаты и обсуждение

Средний возраст пациентов составил  $62,7 \pm 4,3$  года (28-86 лет), мужчин было 51 (66,2%), женщин — 26 (33,8%). Распределение пациентов по основным клиническим признакам, возрасту, полу, наличию и структуре сопутствующих заболеваний в группах после ССО и ЭПК было одинаковым.

В срок 6 месяцев после ССО преобладали пациенты со значительным или полным недержанием кала — их доля составила 72,4%. Пациентов без расстройств не было вообще (таблица 3).

В срок — 1 год количество таких пациентов после ССО уменьшилось до 29,8%, причем почти у половины пациентов (48,9%) наблюдалось хорошее удержание. Доля пациентов с хорошим удержанием увеличилась в 4,6 раза по сравнению со сроком 6 месяцев.

При оценке достоверности различий в первый и второй сроки наблюдения выявля-

Таблица 2

**Шкала оценки качества жизни после операций по поводу рака прямой кишки**

Критерий	Степень нарушения качества жизни			
	Не нарушена	Нарушена		
		Легкая	Средняя	Тяжелая
Баллы	0	1-29	30-58	59-87
				Крайне тяжелая
				88-116

Таблица 3

**Качество континенции у пациентов после ССО в разные сроки наблюдения**

Качество континенции	Количество пациентов	
	6 месяцев (n=47)	1 год (n=47)
Расстройств нет	—	—
Хорошее удержание кала	5 (10,6%)	23 (48,9%)
Умеренное недержание	8 (17,0%)	10 (21,3%)
Значительное недержание	16 (34,0%)	9 (19,1%)
Полное недержание	18 (38,4%)	5 (10,7%)

Таблица 4

**Оценка качества жизни пациентов после ССО и ЭПК в разные сроки**

Степень нарушения качества жизни	ССО (n=47)		ЭПК (n=30)	
	6 мес.	1 год	6 мес.	1 год
Легкая	5 (10,6%)	28 (59,6%)	11 (36,7%)	9 (30,0%)
Средняя	9 (19,1%)	10 (21,3%)	14 (46,7%)	16 (53,4%)
Тяжелая	19 (40,4%)	9 (19,1%)	5 (16,6%)	5 (16,6%)
Крайне тяжелая	14 (29,9%)	—	—	—

но, что различия достоверны ( $\chi^2$ - критерий,  $p \leq 0,01$ ).

В срок наблюдения 6 месяцев после ССО преобладали пациенты с тяжелой и крайне тяжелой степенью нарушения качества жизни — 70,3% (таблица 4).

При этом в этот же срок наблюдения после ЭПК преобладали пациенты с легкой и средней степенью нарушения качества жизни — 73,4%. После ЭПК через 6 месяцев пациентов с крайне тяжелым нарушением не было (рис.).

Такое различие распределения пациентов после ССО и ЭПК может быть объяснено тем, что срок 6 месяцев недостаточен для адаптации культи прямой кишки и ее сфинктерного аппарата к новым условиям функционирования, и именно инконтиненция становится главным фактором ухудшения качества жизни.

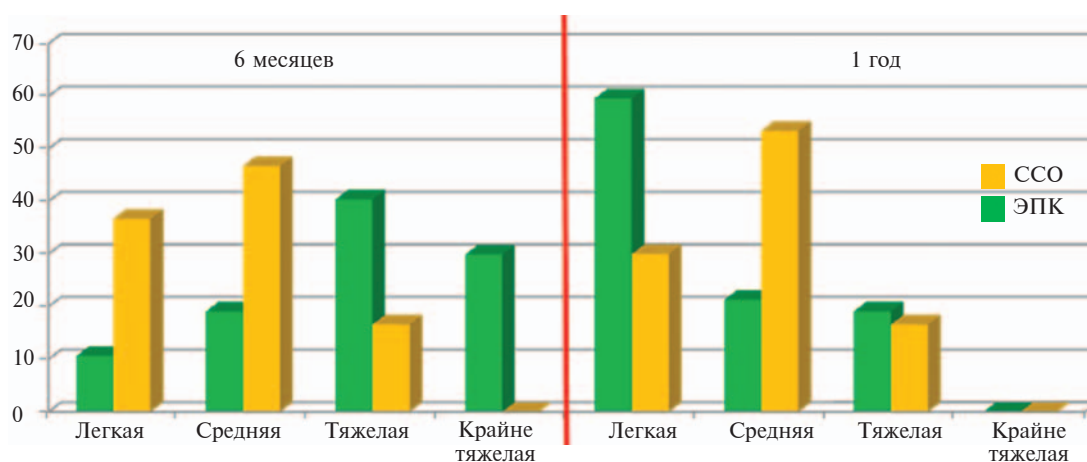
В срок до 1 года после ССО качество жизни пациентов улучшалось, преобладала доля пациентов с легкой и средней степенью ее нарушения (80,9%). Вероятно, срок 1 год становился достаточным для улучшения континенции и соответственно качества жизни.

Среди пациентов после ЭПК в срок 1 год опять же, как и в срок 6 месяцев, преобладали пациенты с легкой и средней степенью нарушения качества жизни, доля которых

была 83,4%. При оценке достоверности различий распределения пациентов по качеству жизни после ЭПК между сроками 6 месяцев и 1 год выявлено, что различия недостоверные ( $\chi^2$ -критерий,  $p \leq 0,05$ ). Это можно объяснить тем, что для адаптации к колостоме, как к новым условиям функционирования, пищеварительному тракту пациента срок 6 месяцев был достаточным. Почти у всех пациентов до этого срока стул через стому имел густую консистенцию и выделялся 1-2 раза в сутки, что делало уход за стомой необременительной и привычной процедурой, существенных изменений в которой до 1 года не происходило, следовательно, и качество жизни существенно не менялось.

В то же время, пациентов с легкой степенью нарушения качества жизни после ЭПК в срок до 1 года было втрое меньше, чем после ССО. При оценке достоверности различий распределения пациентов по качеству жизни в срок 1 год между ССО и ЭПК выявлено, что различия достоверны ( $\chi^2$ -критерий,  $p \leq 0,05$ ). Следовательно, в более поздние сроки качество жизни после ССО следует признать лучшим, поскольку в этой группе пациентов с легким нарушением качества жизни было в 3 раза достоверно больше, чем после ЭПК.

Также следует отметить, что на качество жизни пациентов после ЭПК влияли местные

**Рис. Оценка качества жизни пациентов после ССО и ЭПК в разные сроки наблюдения**



парастомические осложнения. У одного пациента наблюдали параколостомический дерматит, развившийся на седьмые сутки после операции. Других ранних осложнений (эвентрация кишки, некроз, ретракция, деформация, защемление стомы, парастомическое нагноение) в течение периода наблюдения не было. Среди поздних осложнений следует отметить стриктуру стомы, которая развилась на шестом месяце наблюдения после операции у одного и мацерацию кожи — у еще одного пациента до года после хирургического лечения. Оба пациента оценили свой уровень качества жизни в течение всего периода наблюдения как неудовлетворительный. Эти осложнения были успешно вылечены.

Сфинктеросохраняющие операции в течение определенного времени — до адаптации сфинктера и культи кишки к новым условиям существования, обуславливают полное недержание. Пациент постоянно пользуется подгузником, следовательно, качество жизни становится ниже удовлетворительного уровня по всем показателям. В то же время, после стомирующих операций уход за кишечной стомой в этот же ранний период, при условии отсутствия парастомических осложнений, значительно проще и, соответственно, способствует быстрой социальной адаптации.

Однако, после восстановления замыкающей функции сохраненного сфинктера, качество жизни начинает непосредственно зависеть от качества континенции — при удовлетворительной пациент может вести обычный образ жизни и при этом избавлен от необходимости ухода за стомой на передней брюшной стенке. Следовательно, преимущество в качестве жизни после сфинктеросохраняющей операции наступает только после определенного временного периода.

Из этих соображений нельзя не учитывать возможность применения сфинктеросохраняющих операций только у мотивированных пациентов, которые способны выждать этот период. В противном случае предпочтительнее следует колостомирующую операцию. Также колостомирующая операция должна быть выбрана при наличии гнойно-воспалительных процессов в брюшной полости, при прогнозируемой небольшой продолжительности дальнейшей жизни в пожилом возрасте.

### Выводы

1. Качество континенции после сфинктеросохраняющих операций улучшается с увеличением времени после вмешательства: в срок

6 месяцев преобладает значительное и полное недержание кала, однако к 1 году почти 50% пациентов имеют хорошее удержание. Различия качества континенции в разные сроки наблюдения достоверно ( $\chi^2$  - критерий Пирсона,  $p \leq 0,01$ ).

2. После колостомирующих операций качество жизни улучшается быстрее, чем после сфинктеросохраняющих, однако со временем после ССО количество пациентов с легкой степенью нарушения качества жизни становится достоверно втрое больше ( $\chi^2$  - критерий Пирсона,  $p \leq 0,05$ ).

### ЛИТЕРАТУРА

1. Колоректальный рак / А. В. Воробей [и др.]. — Минск, 2005. — 98 с.
2. Cellini F. Sphincter preservation in the treatment of locally advanced rectal cancers / F. Cellini // *Oncology*. — 2012 Sep. — Vol. 26, N 9. — P. 872.
3. Ближайшие отдаленные результаты сфинктеросохраняющих операций с формированием толстокишечного J-образного резервуара / Г. И. Воробьев [и др.] // *Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова*. — 2000. — № 6. — С. 41–47.
4. Laparoscopic and conventional resections for low rectal cancers: a retrospective analysis on perioperative outcomes, sphincter preservation, and oncological results / C. Gezen [et al.] // *J Laparoendosc Adv Surg Tech*. — 2012 Sep. — Vol. 22, N 7. — P. 625–30.
5. Risk factors for anastomotic leakage after rectal cancer resection and reconstruction with colorectostomy. A retrospective study with bootstrap analysis / R. Warschkow [et al.] // *Ann Surg Oncol*. — 2011 Oct. — Vol. 18, N 10. — P. 2772–82.
6. Clinicopathological analysis of distal margin for rectal cancer after preoperative chemoradiation therapy / M. Nishioka [et al.] // *Hepatogastroenterology*. — 2012 Oct. — Vol. 59, N 119. — P. 2142–46.
7. Pelvic reconstruction after abdomen operineal resection of the rectum / C. Moreno-Sanz [et al.] // *Cir Esp*. — 2011 Feb. — Vol. 89, N 2. — P. 77–81.
8. Levator-sphincter reinforcement after ultralow anterior resection in patients with low rectal cancer: the surgical method and evaluation of anorectal physiology / J. C. Kim [et al.] // *Surg Today*. — 2012 Jun. — Vol 42, N 6. — P. 547–53.
9. Anterior resection syndrome / C. L. Bryant [et al.] // *Lancet Oncol*. — 2012. — Vol. 13. — Is. 9. — P. e403–e408.
10. Cause-specific colostomy rates after radiotherapy for anal cancer: a Danish multicentre cohort study / K. G. Sunesen [et al.] // *J Clin Oncol*. — 2011 Sep 10. — Vol. 29, N 26. — P. 3535–40.
11. Fecal Incontinence Quality of Life Scale / T. H. Rockwood [et al.] // [Electronic resource] / American society of colon and rectal surgeons. — Mode of access : <http://www.fascrs.org>.
12. Cleveland Clinic Incontinence Score [Electronic resource]. — Mode of access : <http://www.uhs.nhs.uk>.

**Адрес для корреспонденции**

88018, Украина,  
г. Ужгород, ул. Победы, д. 22,  
Закарпатская областная  
клиническая больница им. А. Новака,

кафедра хирургических болезней  
медицинского факультета  
ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,  
тел.моб.: +380 50 950-95-84,  
e-mail: rusinkafedra@gmail.com,  
Русин Василий Иванович

**Сведения об авторах**

Русин А.В., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой онкологии медицинского факультета ГВУЗ «Ужгородский национальный университет».

Игнат А.В., аспирант кафедры онкологии медицинского факультета ГВУЗ «Ужгородский национальный университет».

Русин В.И., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней медицинского факультета ГВУЗ «Ужгородский национальный университет».

Чобей С.М., д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней медицинского факультета ГВУЗ «Ужгородский национальный университет».

Румянцев К.Е., к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней медицинского факультета ГВУЗ «Ужгородский национальный университет».

Девиняк О.Т., ассистент кафедры фармацевтических дисциплин медицинского факультета ГВУЗ «Ужгородский национальный университет».

*Поступила 17.05.2013 г.*

---

---

**УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!**

Приглашаем Вас принять участие в работе научно-практической конференции  
с международным участием

**«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОСТЕОСИНТЕЗА В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ.  
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗА»,  
которая состоится 10-11 октября 2013 года в г. Екатеринбурге.**

**Вопросы, планируемые к обсуждению:**

- Новые концепции интрамедуллярного остеосинтеза:
  - интрамедуллярный остеосинтез бедренной и большеберцовой костей;
  - варианты штифтования при переломах костей верхней конечности;
  - интрамедуллярный остеосинтез при окколосуставных переломах длинных костей;
  - внутрикостный остеосинтез в реконструктивной хирургии и лечении несращений;
  - штифтование при патологии голеностопного сустава и стопы;
- Остеосинтез при множественной травме.
- Внутрикостный остеосинтез коротких и губчатых костей (ключица, кисть, надколенник, таз).
- Внутрикостный остеосинтез в условиях инфекции.
- Вопросы диагностики повреждений таза:
  - технологии хирургического лечения свежих и застарелых повреждений таза и вертлужной впадины;
  - эндопротезирование тазобедренного сустава при переломах проксимального отдела бедренной кости;
- Ошибки и осложнения остеосинтеза — профилактика и лечение.
- Организационные проблемы оказания помощи пострадавшим с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

**Контакты:**

Тел.: +7 (495) 921 44 07 доб. 135, +7(343)310-32-49(50) доб. 105,  
E-mail: t.byk-va@rte-exp-.ru, a.luk-shk-va@rte-ural.ru